

100 вірусних агентів, у тому числі АдВ. Їх вилучення зі стічних вод є дуже складним завданням з урахуванням стійких властивостей та нечутливості до більшості дезінфектантів. Моніторинг циркуляції АдВ дозволяє судити про окремі прояви епідемічного процесу АдВІ, реєстрація захворюваності на яку не проводиться. Господарсько-побутові стічні води каналізаційної мережі забирали на очисних спорудах, станціях біоочищення інфекційних лікарень області. Протягом періоду спостереження досліджено 899 проб на наявність кишкових вірусів, позитивних з них було 99 (11 %), у 23 з яких (23,23 %) виявили АдВ. Також було досліджено 676 проб стічних вод інфекційного стаціонару, 22 з яких (3,3 %) були позитивними, у 14 (63,63 %) виявлені АдВ.

Висновки. Отже, можна зробити висновок щодо наявності прихованого перебігу епідемічного процесу аденовірусної інфекції серед населення Одеської області, зважаючи на досить часте (майже чверта частина всіх виявлених вірусних агентів) забруднення аденовірусами водних об'єктів. А що стосується інфекційних стоків, то за частотою виявлення АдВ були домінуючими (63,63 %).

О.А. Дралова, О.В. Усачова

Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

Динаміка клінічних проявів вісцерального токсокарозу у дітей на фоні протипаразитарної терапії

Актуальність. Токсокароз — паразитарна інвазія, яка частіше вражає дитяче населення, не має специфічної клінічної картини та часто перебігає у вигляді вісцеральної форми.

Метою нашої роботи було виявити динамічні зміни проявів вісцерального токсокарозу у дітей Запорізької області на фоні проведення антипаразитарної терапії альбендазолом.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходились 60 дітей віком 1–18 років, які були розподілені на 2 групи за результатами обстеження крові на IgG до токсокар: I група — 35 дітей із токсокарозою інвазією (IgG до токсокар ($> 0,9$ МО)); II група — 25 дітей без токсокарозою інвазії (IgG до токсокар ($< 0,9$ МО)). Специфічне протипаразитарне лікування отримували всі діти I групи препаратами альбендазолу у дозі 10 мг/кг протягом 10 діб.

Результати та обговорення. Екзантема була відмічена у 18 дітей (51,4 %) з токсокарозою інвазією і лише у 2 (8 %) — без цієї інвазії ($p < 0,01$). В 11 (31,4 %) хворих I групи висип був у вигляді кропив'янки та у 7 (20 %) мав дрібнопапульозний характер на відміну від II групи, у якій у 2 (8 %) пацієнтів екзантема була дрібнопапульозною. На свербіж шкіри скаржилися 10 (28,6 %) дітей основної групи та 1 (4 %) — групи порівняння ($p < 0,05$). Абдомінальний синдром відмічався частіше у хворих I групи (у 6 (17,1 %) проти

2 (8 %) — II; $p < 0,05$). При цьому нудота супроводжувала абдомінальні болі тільки у пацієнтів I групи (у 8,6 % — 3). Біль у животі у дітей з'являлась після вживання їжі та локалізувалася в епігастральній і навколупупкової ділянках. При обстеженні відмічалось обкладання язика білуватим нашаруванням. Симптоми подразнення очеревини були негативні в усіх хворих. Пальпаторно гепатомегалія реєструвалась у 8 (22,8 %) пацієнтів з токсокарозою інвазією, спленомегалія — у 2 (5,7 %) хворих тієї ж групи. Відповідні симптоми не відмічені у жодної дитини II групи. При ультразвуковому дослідженні (УЗД) органів черевної порожнини збільшення розмірів печінки було зафіксовано у 9 (25,7 %) пацієнтів I групи та у 4 (16 %) — II. Цим дослідженням збільшення селезінки було підтверджено тільки у 2 (5,7 %) хворих I групи. На 10-й день специфічного лікування поодинокі елементи дрібнопапульозного висипу залишились лише в одній дитині; біль у животі та збільшення селезінки були відсутні в усіх дітей. Отже, симптоми, відмічені при токсокарозі, регресували на фоні антипаразитарної терапії.

Висновки. У дітей, які мають токсокарозою інвазію, відмічені: часта екзантема у вигляді кропив'янки та дрібнопапульозного висипу, яка перебігає з вираженим свербіжем шкіри; абдомінальний синдром зі збільшенням печінки та селезінки, що підтверджено даними УЗД. Використання альбендазолу як специфічного протипаразитарного препарату призводить до швидкого нівелювання проявів екзантеми, абдомінального синдрому із зменшенням розміру печінки.

В.І. Задорожна¹, О.І. Процап¹,
І.А. Маричев¹, С.І. Брижата¹, І.І. Кисляк²

¹ ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб
ім. Л.В. Громашевського НАМН України»,
м. Київ, Україна

² Центр громадського здоров'я МОЗ України,
м. Київ, Україна

Захворюваність на епідемічний паротит в Україні і світі за 2010–2019 роки

Актуальність. Останніми роками в Україні спостерігається тенденція до тривало низького рівня показників охоплення щепленнями за віком з усіх інфекцій, що включені до Національного календаря щеплень. Зниження уваги до питань вакцинації може обумовлювати локальні підйоми захворюваності і спалахи інфекцій. Наслідком поступового накопичення невакцинованого населення є втрата контролю за епідемічним процесом усіх інфекцій та переходу їх із керованих у некеровані. В Україні на тлі багаторічного низького рівня імунізації вакциною проти кору, паротиту і краснухи (КПК) зростає ризик ускладнення епідемічної ситуації і з епідемічного паротиту (ЕП). Також захворюваність на